

Rehabilitation in der Schweiz

Autor(en): **Keller, Peter**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie**

Band (Jahr): - **(1953)**

Heft 130

PDF erstellt am: **15.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930897>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Hauffe nicht am Platz. — Nach den Erfahrungen von Brauch und Katsch («Die Behandlung mit ansteigenden Teilbädern, unter besonderer Berücksichtigung der Kreislaufkrankungen», von Prof. Dr. Fritz Brauch, 1942, Steinkopff, Dresden und Leipzig) können jedoch bereits an

bettlägerigen Kranken im Zustand leichter bis mässiger Dekompensation vorsichtig durchgeführten Teilbäder als eine die medikamentöse Therapie unterstützende Behandlung durchgeführt werden. Diese kann aber bei schwerer Dekompensation die Herzglycosidtherapie nicht ersetzen.

Rehabilitation in der Schweiz

Es ist bekannt, dass in den USA, in England, in Holland, ja man kann sagen in allen kriegsversehrten Ländern schon während des Krieges oder doch unmittelbar nach diesem überall sogenannte «Rehabilitations Center» für Invalide eingerichtet wurden.

Obwohl auch in der Schweiz schon einige Zeit Anstrengungen in dieser Richtung unternommen wurden, kam man bis vor kurzem zu keinem Ziel, weil alles wieder an der Geldfrage scheiterte. Wir haben in der Schweiz kein Kriegsministerium das seine Invaliden versorgen muss und deshalb interessiert wäre an einer Wiedereingliederung in grösserem Rahmen. — Die breite Öffentlichkeit wiederum weiss gar nicht wie viele Invalide wir auch in der Schweiz haben, weil diese Leute ja grösstenteils gar nie ins öffentliche Leben treten können. — «Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft» führt nun in der reform. Heimstätte Gwatt am Thunersee vom 2. März bis 30. Mai 1953 einen ersten Kurs zur Wiedereingliederung durch. Sie ist bestrebt, den Teilnehmern nach Abschluss des Kurses einen Arbeitsplatz zu vermitteln oder eine Lehrstelle zu beschaffen.

Das Kursprogramm umfasst folgende Punkte:

1. Eingehende spezialärztliche Beobachtung. Es soll abgeklärt werden, ob durch ärztliche Massnahmen der körperliche Zustand noch verbessert werden kann.

2. tägliche heilgymnastische Übungen einzeln und in Gruppen, um die Bewegungsfähigkeit zu fördern. Der Behinderte soll selbständig werden in allen täglichen Verrichtungen. Er muss lernen, sich selbständig zu besorgen, Treppen zu gehen, Gefährte zu besteigen usw.

3. *Unterricht*: Viele Behinderte haben Lücken in ihrer Schulbildung, da sie infolge ihres Gebrechens die Schule nicht regelmässig besuchen konnten. Es wird deshalb individuell angepasster Schulunterricht in deutscher Sprache, Rechtschreibung, Rechnen, Buchhaltung, Maschinenschreiben, Stenographie und Staatskunde erteilt.

4. *Handarbeiten*: Zur Abklärung der manuellen Fähigkeiten sind eine Schreinerwerkstatt und eine Webstube vorhanden. Ueberdies besteht Gelegenheit für Kartonagearbeiten, Zeichnen, Malen, Modellieren und Metallarbeiten.

5. *Berufsberatung*: Auf Grund der durchgeführten Arbeiten und der Untersuchung des Arztes und eines Fachpsychologen wird eine sorgfältige Berufsberatung vorgenommen, die die spätere Arbeitsvermittlung erleichtern soll.

Die Zahl der Kursteilnehmer beträgt 15. 7 davon sind Polio-Patienten, 4 Little, 2 Paraplegiker, 1 Multiplesklerose und 1 Querschnittläsion nach Meningitis.

Für die Heilgymnastik habe ich die Leute in Gruppen von 3—4 aufgeteilt (spastisch und schlaff). Für jede Gruppe stehen 45 Minuten zur Verfügung, davon

35 Minuten intensives Training und 10 Minuten Spiel.

Ende des ersten Monats führten wir einen Hindernislauf durch, wobei die verschiedensten Hindernisse die wir auch im täglichen Leben finden, zu überwinden waren, wie z. B. Treppen steigen, Gegenstand befördern, schiefe Rampe begehen, Zielwurf, unebener Boden, Auto ein- und aussteigen usw. Dabei wurde die Zeit gemessen und jedes Hindernis mit einer Note bewertet. Nach Ende des zweiten Monats wurde der ganze Lauf wiederholt. Das Resultat ergab, dass sich alle Teilnehmer um 2—6 Minuten verbessert haben und zum Teil mehr Hindernisse überwunden

oder diese doch wesentlich besser bewältigt haben. — Es ist dies ein Erfolg der absolut nicht vorauszusehen war, handelt es sich doch hier um Leute, die grösstenteils schon 10—18 Jahre wenn nicht noch länger mit ihrem Leiden behaftet sind und schon jahrelang überhaupt keine Behandlung mehr hatten. — So war auch die Ueberraschung gross bei den verantwortlichen Leuten an der Rehabilitation und dass bei weiteren solchen Kursen die Heilgymnastik ja überhaupt die physikalische Therapie grosse Bedeutung haben wird, das steht heute schon fest.

Peter Keller, Bern.

Vorträge und Referate

Aus Physical Therapy Review — Februar 1952.

Einem Artikel Margaret S. Rood's über

Beschäftigungstherapie bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten

sind folgende Gedanken zu entnehmen:

Speziell bei der Uebung der Little'schen Krankheit, doch auch für jedes Uebungsprogramm, hat man gewissermassen die Ontogenetische Entwicklung der Reflexe und der Nervenfunktionen mit zu betrachten. Die Autorin zeigt, dass im späteren Uebungsprogramm demgemäss aufgebaut werden muss.

Sie nennt als typisch für das erste Säuglingsalter die unentwickelten Extensorengruppen, wogegen die Beuge-Tonus und Beuge-Reflexe sowie das bekannte Zeichen von Babinsky, stärker anwesend sind. Es folgt die Ausprägung der Greifreflexe, der Saugreflex nimmt langsam ab und man findet nach einer unübersehbaren Bewegungsfülle einer der wichtigsten Meilensteine, wenn das Kleine anfängt im Vorderarm zu pronieren. Da setzt dann die feinere Koordination des Hand- und Fingerspieles ein.

Nach und nach erwacht die streckende Kraft, welche als Reflex gut bemerkbar ist in den Anti-gravitäts-Muskeln: Auf kurze starke Dehnung antworten diese mit einer allgemeinen Kontraktion. Am Beispiel deutlicher: bei der Dorsalflektion des Fusses setzt eine reflektorische Kontraktion der so plötzlich gedehnten Streckmuskeln ein. Am stärksten erfolgt dieser Reflex im ersten Teil des Bewegungsbogens.

Im Zusammenhang damit sei hier gewiesen auf den Begriff: Extensor Thrust. Darunter versteht man seit *Krieg* eine Wirkung, welche entsteht,

wenn man lediglich die Fusssohle an den Boden presst. Von den Zehen an entsteht aus einem Streckreflex eine weitere Aktivierung der Strecker des ganzen Beines. Aus dem Grunde sollte man, wo Tonus gewünscht, den Patient stehend schaffen lassen, jedoch sich hüten, dort wo Hypertonus vorliegt, lange stehend oder gehend üben zu lassen.

Wenn man bei Fällen zu tun hat mit langem Liegen, so hat man in vom Labyrinth ausgehenden Reflexen eine gute oder nachteilige Wirkung zu erwarten. Bauchlage schwächt den Extensoren Tonus. Leider bilden spastische Fälle mit Athetosis und gleichzeitiger Extensorentonus da eine Ausnahme.

Dorsal nimmt der genannte Extensoren Tonus zu.

Seitliche Lage hat zur Folge, dass im oben liegenden Arm und Bein der Tonus abnimmt und im unteren Arm und Bein wieder zunimmt. Solche Faktoren erleichtern die Uebungen dann wesentlich.

Resumierend werden, beruhend auf derartigen Streckreflexen, folgende Uebungsarten genannt:

1. Bei aktiv fixiertem Gelenk werden kräftige schnell von Agonist auf Antagonist abwechselnde Streckreflexe ausgeführt. Wirkung ist die starke Kräftigung des Tonus. (Kabat's Quick Reversal Technic).

2. Lagsame Reflexübung — langsame, bis maximal sich steigernde isotonische Kontraktionen, für beide Muskelgruppen abwechselnd — stets zuletzt abschliessend mit der schwächeren Seite. Eventuell kann nach erfolgter isotonischer Kontraktion übergeführt werden in eine isometrische.

Bei der Abwechslung keine Entspannung, sondern sofort die Gegenseite langsam schaffen lassen. (Kabat's Slow Reversal Technic. Sie wurde hier aufgezählt, weil sie zu den typischen neu-